Aus dem Pathologischen Institut der Universität Rostock.

Über einen Fall von primärem Lebercarcinom.

Auszug

aus einer Schrift zur Erlangung der medizinischen Doktorwürde bei der medizinischen Fakultät der Schles. Friedrich-Wilhelm-Universität zu Breslau.

Vorgelegt von

Paula Scheperjans

geb. Pietsch aus Rückers, Kr. Glatz.

Vol.-Assistentin an der Medizinischen Abteilung B des Wenzel-Hancke-Krankenhauses, Breslau.

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

Breslau 1921.

Druck von Püffel & Danigel, Breslau 1.

Gedruckt mit Genehmigung der medizinischen Fakultät
der Schles. Friedrich-Wilhelm-Universität zu Breslau.
Referent: Geheimrat Professor Dr. Henke.

Das primäre Lebercarcinom, das jetzt als eines der seltensten Carcinome gilt, wurde noch in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts für eines der häufigsten gehalten. Erst Virchow brachte durch seine Beachtung des anatomischen Baues der Leber einen Umschwung in dieser Ansicht zustande. Es ist auch hier, wie bei allen Carcinomen, das höhere Lebensalter praedestiniert für diese Erkrankung. Jedoch finden sich auch Fälle von primärem Lebercarcinom im jugendlichen Alter. So beschreibt z. B. Henke einen Fall bei einem Kind von 9 Monaten, Plaut einen bei einem $1^1/_4$ jährigen Knaben.

Die Ätiologie des Lebercarcinoms ist ebenso unklar wie die jedes anderen Carcinoms.

Bezüglich der Histiogenese steht fest, daß die primären Lebercarcinome entweder aus den parenchymatösen Leberzellen oder den Epithelzellen der kleinen Gallengänge hervorgehen. Zur Entscheidung der Entstehung aus diesen oder jenen gibt es verschiedene Kriterien. Als erstes wäre zu nennen die histologische Zellform und Anordnung. So finden sich bei den Leberzellcarcinomen Zellen, die sehr an die eigentliche Leberzelle erinnern. Sie sind größer oder kleiner, mit rundem, großem, blasigem Kern. Die Anordnung der Tumorzellen ist in diesem Falle auch oft in Balkenform, hier jedoch breiter und unregelmäßiger. Die Übergangsbilder, bei denen Tumorzellbalken direkt in Leberzellbalken übergehen, die besonders Siegenbeek van Heukelons beschreibt, sind sehr umschritten. Jedoch werden diese Übergangsbilder neuerdings teilweise wieder anerkannt.

Ein anderes wichtiges Merkmal für die Leberzellcarcinome ist der Umstand, daß in Tumorzellen, sowohl im Primärtumor als auch in den Metastasen Gallenkörnchen nachgewiesen wurden.

Wegelin und Yamagiva betrachten als wichtiges Unterscheidungsmerkmal das Stroma und zwar glauben sie, daß in den Leberzellcarcinomen ein Capillarstroma, in den Gallengangscarcinomen ein bindegewebiges Stroma vorhanden sei.

Für die Entstehung aus den kleinen Gallengängen sprechen natürlich auch Form und Anordnung der Tumorzellen. Es spricht weiter der Umstand, daß in cirrhotischen Lebern an und für sich Gallengangswucherungen auftreten, auch für die Entstehung einiger Lebertumoren aus den kleinen Gallengängen.

Die Annahme, daß das Carcinom infolge der regeneratorischen Hyperplasie bei Cirrhose entstehe, hat viele Autoren veranlaßt, ein multizentrisches Wachstum anzunehmen, so z. B. Lubarsch, Huguenin u. a. m. Neben der multizentrischen Entstehung halten die meisten Autoren auch eine unizentrische für möglich.

Die Einteilung der primären Lebercarcinome erfolgt nach

dem makroskopischen Aussehen 1. in die knotige Form, die sich aus zahlreichen größeren und kleineren Geschwulstknoten zusammensetzt; 2 in die massive Form, bei der ein großer Knoten besteht, der oft einen ganzen Lappen einnehmen kann. Neben diesem großen Knoten bestehen viele kleinere, die in der Umgebung des Knotens oder über die ganze Leber eingestreut sind. 3. die diffuse Form, bei der zahllose kleine Geschwulstknötchen in einer cirrhotischen Leber eingebettet sind.

Bei dem vorliegenden Falle eines primären Lebercarcinoms handelt es sich offensichtlich um die massive Form. Klinisch bestand folgendes Krankheitsbild: ein 58jähriger Mann, Gastwirt, früher starker Raucher und Alkoholiker, vor 30 Jahren Infectio veneris, klagte seit 10—15 Jahren über Magenbeschwerden, seit 1915 Schmerzen im Rücken, vorübergehende Schmerzen in der Lebergegend. Seit 14 Tagen bemerkt Patient Anschwellung des Leibes

Status 17. 3. 1919. Starkes Oedem des Scrotums, der unteren Extremitäten und der unteren Rückenpartien. Deutliche Venenzeichnung am Bauch. Ascites. Nach Punktion fühlt man die Leber zwei Finger unter dem Rippenbogen. In den rechten Bauchpartien ein mit der Leber zusammenhängender Tumor palpabel. Exitus letalis 16. 4. 1919.

Die Sektion ergab außer der Leber sämtliche Organe, abgesehen von gelblicherer Färbung o.B. Die Leber zeigt überall von hirsekorn- bis taubeneigroße kugelartige Erhabenheiten. Die untere Ecke des rechten Leberlappens trägt eine kolbige, gänseeigroße Abschnürung. Auf dem Schnitt sieht man entsprechend den kuppelartigen Vorwölbungen rundliche, braunrote Herde. Die gänseeigroße Abschnürung entspricht einem ebenso großen Tumor. In der Pfortader ein grünlich-graubrauner Thrombus.

Mir selbst lag die Leber nur im gehärteten Zustande vor. Die Leber ist vergrößert, besonders der rechte Lappen. Neben der linsenkorn- bis erbsengroßen Höckerung, die durch die Cirrhose hervorgerufen ist, sieht man zahlreiche größere kugelartige Erhabenheiten, die nach dem rechten Lappen hin immer größer werden und endlich Wallnußgröße erreichen. Sie sind teils gelblich, teils grünlich gefärbt und von weicherer Konsistenz als die übrige Umgebung. Am unteren Pol des rechten Leberlappens werden sie durch eine Furche von einem apfelgroßen, runden, glatten, gelben Tumor getrennt. Die Oberfläche der Leber ist glatt, der Rand scharf, kleinhöckerig. Auf dem Durchschnitt durch die Leber sieht man neben einer starken Cirrhose gelbliche bis gelbgrünliche Tumorinseln von verschiedener Größe. Der vorhin erwähnte große Tumor am rechten Leberlappen zeigt bröckeliges, grünliches Gewebe. Zur mikroskopischen Untersuchung entnahm ich 4 Stücke: 1. ein Stück aus dem linken Leberlappen mit dem kleinsten Tumorknoten, 2. zwei Stücke mit kleinen Tumorknoten aus dem rechten Leberlappen, 3. ein Stück aus der Randpartie des großen Tumors, 4. ein Stück der thrombosierten Vena portae.

Bei der mikroskopischen Betrachtung zeigen sich in Präparat 1 kleine Tumorinseln, zum Teil von Bindegewebe umgeben, zum Teil mitten im Lebergewebe, zum Teil in Venen liegend. Die Tumorzellen sind etwas größer und dunkler gefärbt als die Leberzellen; sie zeigen sehr großen, runden, bläschenförmigen Kern mit deutlichem Kerngerüst. In einem etwas größeren Carcinomknoten liegen die Zellen in breiter Balkenform angeordnet. Hier besteht reichlich Vascularisation. Sonst zeigt sich zwischen den Tumorzellen wenig Stroma.

Präparat 2 zeigt etwa dasselbe Bild wie Präparat 1. Am Rande der Knoten sieht man oft die Leberzellen abgeplattet und zusammengedrängt.

In Präparat 3 sind die Zellen, die mehr im Zentrum des großen Knotens liegen, nekrotisch. Nach außen werden sie größer, zeigen sie gekörntes Protoplasma und gleichen den in anderen Tumorknoten gefundenen Zellen. Umgeben ist der große Tumor von einer starken bindegewebigen Kapsel, von der aus Züge ins Innere des Tumors ziehen.

Präparat 4 ist ein Stück der thrombosierten Vena portae. Der Thrombus besteht aus sehr nekrotischem Tumorgewebe, das teilweise der Wand der Vena portae adhaerent ist. An einer Stelle zeigen sich in und zwischen den Zellen gelbe Pigmentkörnchen.

Zur Frage, ob das vorliegende Carcinom ein Leberzellcarcinom oder Gallengangscarcinom sei, komme ich zu der Annahme des ersteren. Es spricht dafür:

1. der entfernte Sitz von der Leberpforte,
2. der Umstand, daß trotz Einbruches in die Venen keine Metastasen vorhanden sind. Nach Yamagiva spricht dieses Verhalten von 1 und 2 für Leberzellcarcinom.
3. Das Auftreten in cirrhotischer Leber. Eggel behauptet, daß gerade Leberzellcarcinome cirrhotische Lebern bevorzugen.
4. Mikroskopisch fällt ins Gewicht die Ähnlichkeit der Tumorzellen mit den Leberzellen und die teilweise balkenförmige Anordnung der Zellen. Das sehr gering vorhandene Stroma ist Gefäßstroma. Es ist dies nach Wegelin ein Kennzeichen mehr für Leberzellcarcinom.

Ätiologisch kommt in Betracht der Alkoholmißbrauch und Lues, die zur Cirrhose führten; dabei zu regeneratorischer Hyperplasie, die in neoplastisches Wachstum überging.

Die Frage der uni- oder multilokulären Entstehung wage ich in diesem Falle nicht zu entscheiden. Für erstere spricht das makroskopische Aussehen, für letzteres die auf den hyperplastischen Vorgängen beruhende Entstehung.

Das eine jedoch steht fest: Es handelt sich um ein aus dem Leberzellgewebe entstandenes primäres Carcinom, das der massiven Form entspricht und dessen Entstehung auf die bei der Cirrhose vorhandenen regeneratorischen Vorgänge in der Leber zurückzuführen ist.